

5. Осложнения в неонатальном периоде, связанные с крупным плодом, имели место в 10(8,9%) случаях: родовая травма плода – в 7(6,3%), нарушения со стороны ЦНС – в 3(2,6%).

#### **Литература:**

1. Крупный плод – акушерские и перинатальные проблемы (обзор литературы) / С.Ш. Исенова [и др.] // *Medicine. Акушерство и гинекология.* – 2014. – № 10. – С.63–67.
2. Акушерские и перинатальные исходы при крупном плоде / О.В. Гульченко [и др.] // *Рос. вестн. акушера гинеколога.* – 2010. – Т. 10, №1. – С. 55–58.

## **ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Мацуганова Т.Н., Радецкая Л.Е., Бресский А.Г.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Роль гормонов щитовидной железы во время беременности чрезвычайно важна, так как они обеспечивают рост и дифференцировку тканей плода, влияют на все виды обмена веществ. Нарушение функции щитовидной железы приводит к серьезным осложнениям беременности [1,2].

**Цель работы** - изучить структуру и особенности течения и ведения беременности у женщин с патологией щитовидной железы.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 73 историй родов женщин с патологией щитовидной железы, родоразрешенных в роддоме БСМП г. Витебска. При обработке результатов была использована программа Excel.

**Результаты и обсуждение.** Возраст беременных колебался от 18 до 42 лет (Me=28,0). Первородящих было 35(48%) женщин, повторнородящих – 38(52%). В анамнезе у всех женщин имели место простудные заболевания, у 60(82,2%) - инфекционные заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 9(12,3%) беременных, мочевыделительной - у 3(10,9%), дыхательной - у 6(8,2%), костно-суставной - у 9(4,1%), желудочно-кишечного тракта - у 9(12,3%). Нарушения жирового обмена (НЖО) имели место у 28 (38,4%) женщин, сахарный диабет 2 типа - у 1 (1,4%), гестационный сахарный диабет – у 1(1,4%) Гинекологические заболевания в анамнезе имелись у 68(93,2%) женщин: из них воспалительной этиологии различной локализации - у 31(50,7%) женщин.

Анализ структуры заболеваний щитовидной железы у беременных показал, что различные формы узлового нетоксического зоба встречались у 45(61,6%) женщин, гипотиреоз у 16(21,9%), хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 10(13,7%), эндемический зоб – у 1(1,4%), аплазия левой доли щитовидной железы у 1(1,4%). Среди узловых форм зоба узловой нетоксический зоб 1-2 ст. наблюдался у 20(27,4%), диффузно-узловой зоб 1 ст. - у 16(21,9%), микроузловой зоб 1ст. - у 9(12,3%). Первичный субклинический гипотиреоз был у 7(43,75%) женщин, первичный манифестный гипотиреоз - у 8(50%), послеоперационный гипотиреоз - у 1(6,25%) женщины.

Нарушения функции щитовидной железы, требующие проведения заместительной гормональной терапии (ЗГТ), имели место у 18(24,7%) женщин, в том числе у всех женщин с гипотиреозом (21,9%) и у 2 (2,8%) беременных с АИТ.

Патология щитовидной железы была диагностирована до беременности – у 52(71,2%) женщин, во время беременности – у 21(28,8%). Проведенная ЗГТ до беременности и продолженная во время беременности позволила добиться состояния эутиреоза у всех женщин с гипотиреозом.

Для контроля функции щитовидной железы и состояния компенсации на фоне ЗГТ все беременные консультировались эндокринологом, им проводилось УЗИ, определение уровня гормонов (ТТГ, Т3, свободный Т4), антител к тиреоидной пероксидазе. Из препаратов для ЗГТ во время беременности применялся эутирокс. Пациентка с эндемическим зобом принимала йодомарин.

Среди осложнений беременности наиболее часто встречались генитальные (49,3%) и экстрагенитальные (42,5%) инфекции, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), хроническая гипоксия плода (ХГП) – у 30(41,1%), гестоз – у 19(26%), анемия – у 37(50,7%), многоводие – у 9(12,3%), угроза выкидыша и преждевременных родов – у 36(49,5%), преждевременное излитие околоплодных вод – у 9(12,3%) женщин.

Все женщины были родоразрешены при доношенной беременности: в 37 – 38 недель – 8(11%) женщин, в 38 – 39 недель 5(6,9%) женщин, в 39 – 40 недель – 37(50,7%), 40 – 41 недель – 21(28,7%) женщин, 41 – 42 недели – 2(2,7%).

Через естественные родовые пути родоразрешены 62(85%) женщины, путем операции кесарева сечения – 11(15%). Показаниями к операции кесарева сечения были: клинически узкий таз, поперечное положение плода, отсутствие эффекта от родовозбуждения, неэффективность лечения дискоординированной родовой деятельности, острая гипоксия плода, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у возрастной первородящей, наступление беременности после ЭКО, двухсторонняя дисплазия тазобедренных суставов, крупный плод при наличии рубца на матке. У 7(9,6%) женщин роды были индуцированными. Перинеотомия в родах проводилась 22(30,1%) женщинам.

Доношенными родилось 72(98,6%) ребенка, из них один – с признаками умеренной асфиксии. Один ребенок родился маленьким к сроку гестации с признаками умеренной асфиксии при доношенной беременности. Масса новорожденных колебалась от 2360 г до 4360 г (Me=3580 г). С массой 4000 г и более родилось 16(21,9%) детей.

Осложненное течение раннего неонатального периода имело место у 10 (13,7%) новорожденных. Кефалогематома была диагностирована в 3 случаях, масса новорожденных при этом составила 3020, 3350 и 3490 г, соответственно. У двух новорожденных (2,8%) была диагностирована асфиксия умеренной степени. Врожденные аномалии развития встречались в двух случаях: пилеоктазия обеих почек – в одном случае (1,4%), расщепление верхней губы – в одном (1,4%). Двое новорожденных (2,8%) наблюдались в отделении интенсивной терапии с неонатальной желтухой. Патология со стороны ЦНС имела место у 3 (4,2%) новорожденных: нарушение адаптации по церебральному типу – у 1, субэпендимальное кровоизлияние – у 1, киста сосудистого сплетения левого бокового желудочка – у 1. Врожденная двухсторонняя пневмония была диагностирована в одном случае (1,4%).

#### **Выводы.**

1. Наиболее частой патологией щитовидной железы у беременных являются различные формы узлового нетоксического зоба, не требующие гормонального лечения.
2. У каждой четвертой женщины патология щитовидной железы выявлялась во время беременности. Этому способствует организация консультативных осмотров беременных женщин эндокринологом, проведение сонографии щитовидной железы и оценка ее гормональной функции.
3. Диагностика гипофункции щитовидной железы и проведение заместительной гормональной терапии позволяет добиться состояния компенсации у всех женщин с гипотиреозом.
4. Заболевания щитовидной железы способствуют осложненному течению беременности, однако своевременное и адекватное лечение снижает вероятность неблагоприятных исходов беременности и родов.

#### **Литература:**

1. Экстрагенитальная патология и беременность : практ. рук. / З.Ш. Гилязутдинова [и др.]. – М. : МЕДпресс, 1998. – 448 с.
2. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – 3 изд. – М. : Триада, 2005. – 816 с.